

- О.Б. // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2013. № 2. С. 10-13.
2. Шипова В.М. Современные проблемы планирования медицинской помощи / Шипова В.М., Воронцов Т.Н.// Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2014. 1. С. 306-310.
  3. Черкасов С.Н. Возможности моделирования объемов медицинской помощи по данным демографического анализа / Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Сопова И.Л. // В сборнике: Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе Самара, 2015. С. 309-312.
  4. Черкасов С.Н. Использование демографического анализа при планировании объемов медицинской помощи / Черкасов С.Н., Курносиков М.С., Сопова И.Л. // В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере, VI конгресс с международным участием, Россия, Северо-Восточный университет, 2015. С. 601-606.
- 

***Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П.***

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ  
РОССИИ**

ФБГНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени  
Н.А.Семашко», Россия, Москва

***Maximova T.M., Belov V.B., Lushkina N.P.***

**RUSSIA POPULATION HEALTH AND QUALITY OF LIFE**

National Research Institute for Public Health ", Russia, Moscow

**Резюме.** С учетом распространения понятия качества жизни в различных областях знаний, имеющих отношение к здоровью

населения, очевидна потребность в исследованиях разных групп населения с учетом оценки состояния здоровья.

Обоснованность субъективных способов измерения благополучия может быть оценена с помощью целого ряда характеристик респондентов, полученных при социологическом опросе. На сегодня уже есть доказанные соотношения между удовлетворенностью жизнью и субъективными критериями оценки здоровья.

Цель работы: Проанализировать субъективные оценки здоровья, благополучия и качества жизни респондентов разных групп с помощью целого ряда сопряженных с ними характеристик.

Для анализа использованы материалы «Исследования глобального старения и здоровья взрослых» Волна 1 («Study on Global Ageing and Adult Health 2007-2010» Wave 1 (SAGE)), проведенного под руководством ВОЗ в России в 2007-2010 гг. (около 4400 чел.) по единой методике, разработанной ВОЗ.

Основная часть респондентов (около 60-67%) как среди городского, так и среди сельского населения, также и мужчины и женщины оценивают качество своей жизни как среднее (удовлетворительное). Среди городского населения, как среди мужчин, так и среди женщин несколько выше доля тех, кто оценивает качество жизни как хорошее, но практически такая же доля тех, кто не удовлетворен своей жизнью и оценивают ее качество как плохое или очень плохое. Как и по многим другим вопросам самооценки женщин несколько ниже, чем мужчин: доля лиц с хорошими оценками качества жизни среди них ниже, а доля плохих и очень плохих более высокая.

Пациенты с различными заболеваниями демонстрируют более низкую долю удовлетворенности жизнью по сравнению со всем населением. Особенно велика эта доля среди пациентов с инсультом, где каждая третья женщина и четверть мужчин отметили неудовлетворенность качеством своей жизни; с депрессией – 26,8% среди мужчин и 28,8% среди женщин, в других группах заболеваний – 13-17%. Таким образом, наличие какого-либо заболевания понижает самооценку качества жизни пациентов. Но также значительна доля тех, кто, страдая от какого-либо заболевания, тем не менее,

удовлетворены своей жизнью, по-видимому, используя необходимые лекарства для коррекции заболеваний и симптомов.

Результаты исследования показали, что одним из важнейших аспектов качества жизни людей является сохранение их здоровья и благополучия жизни.

**Выводы:** Основные параметры оценки качества жизни зависят от возраста. При проведении регулярного отслеживания субъективного восприятия качества жизни, необходимо давать интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального состояния различных групп населения.

Область применения результатов: Данные исследования могут быть использованы для принятия решений органами управления экономикой, здравоохранением, социальной защиты.

**Ключевые слова:** самооценка здоровья, качество жизни, удовлетворенность жизнью.

**Abstract.** A clear need for studies of various populations based on health assessments is due to nowadays spread of the quality of life concept in multiple fields related to health of population.

The validity of subjective methods of measuring well-being may be estimated by a variety of respondent's characteristics received at sociological survey. At present the relation between life satisfaction and subjective criteria for evaluating health has been proven.

Objective: To analyze the subjective evaluations of health, well-being and quality of life of respondents different groups with the help of a number of characteristics associated with them.

Methods of work: Materials of «Study on Global Agein and Adult Health 2007-2010» Wave 1 (SAGE), conducted under the leadership of WHO in Russia in 2007-2010 years. (about 4,400 people) were analyzed, using a common methodology, developed by WHO.

The data were processed using the package of applied statistical programs SPSS.

**The results:** The main part of respondents (about 60-67%), both urban and the rural, men as well as women report their quality of life to be average (satisfactory). Among the urban population has a slightly higher percentage of men and women that rated their quality of life as well, and also, the proportion of those who are dissatisfied with their lives and to rate

the quality as poor or very poor is almost the same. As in many other cases self-estimates of women are slightly worse than those of men: the proportion of females with quality of life good grades is lower, and the proportion of poor and very poor ones is higher.

Patients with various diseases show a lower share of life satisfaction compared to the general population. This proportion is especially high among patients with stroke, where one of three women and a quarter of men report dissatisfaction with the quality of their lives; with depression - 26.8% among men and 28.8% among women; with other diseases - 13-17%. Thus, presence of any disease lowers patient's quality of life. But a significant proportion of those who are suffering from any disease, are however, satisfied with their lives, apparently acquiring medicines necessary for compensation of diseases and symptoms.

The results showed that one of the most important quality of life aspects is maintaining health and well-being.

Conclusions: The main parameters of quality of life assessment depend on age.

Integral characteristics of physical, psychological, emotional and social status of various groups should be given while carrying out regular monitoring subjective perception of quality of life.

Application of the results: Data presented can be use for decision-making by bodies of economic management, health and social care.

**Key words:** health self-estimate, quality of life, life satisfaction.

В настоящее время все большее внимание уделяется изучению качества жизни в зависимости от состояния здоровья населения.

Термин «качество жизни» широко используется в литературе. Всемирной организацией здравоохранения предложено определение качества жизни как восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и ценностной ориентации, в которых они живут, и в связи с их целями, ожиданиями, нормами и заботами [1]. Это комплексное понятие, подверженное сложному воздействию физического здоровья человека, его психического состояния, степени

независимости, общественных взаимоотношений и особенностей окружающей среды.

Проблема состоит в том, что ответы на вопросы об удовлетворенности жизнью в настоящее время – суждения, которые в большинстве случаев формулируются респондентами непосредственно в момент ответа на вопрос и отчасти определяются их настроением в данный момент. Если принять в расчёт такие факторы, как влияние ситуации, настроения и др., то возникнет сомнение касательно достоверности подобной статистики, однако тем менее это не является поводом для отказа от этого метода вообще.

Кроме того, обоснованность субъективных способов измерения благополучия может быть оценена с помощью целого ряда иных сопряженных с ними характеристик респондентов. Существуют доказанные соотношения между удовлетворенностью жизнью и различными субъективными психологическими и субъективными критериями.

Вариативность показателей удовлетворенности жизнью обусловлена скорее темпераментом и самой личностью, чем жизненными обстоятельствами. Очевидно, субъективная оценка человеком своего благополучия – это в большой степени именно личностная черта. Качество жизни должно оцениваться по тому, насколько удовлетворяются потребности людей.

Изучение качества жизни для взрослых в возрасте 50 лет и старше важно, так как значительная доля людей, относящихся к так называемому «третьему возрасту», находится в хорошем или удовлетворительном состоянии здоровья и может принимать участие в различных видах деятельности [2].

Для анализа использованы материалы «Исследования глобального старения и здоровья взрослых» Волна 1 («Study on Global Ageing and Adult Health 2007-2010» Wave 1 (SAGE)), проведенного под руководством ВОЗ в России в 2007-2010 гг. (около 4400 чел.) по единой методике, разработанной ВОЗ.

Проанализирована часть раздела анкеты для описания субъективного благополучия и оценки качества жизни, состоящая из десяти вопросов, которые касаются различных аспектов жизни и удовлетворенности жизнью.

Обработка материалов производилась с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS.

Распределение населения в соответствии с ответами на прямой вопрос об оценке качества жизни показало, что более половины людей удовлетворены своей жизнью (60,9% мужчин и 54,4% женщин), 4,1% мужчин и 2,5% женщин ответили, что они полностью удовлетворены. 10% мужчин и 11,5% женщин отметили свою неудовлетворенность, 1,5-1,7% - совсем не удовлетворены.

Основная часть респондентов (около 60-67%) как среди городского, так и среди сельского населения, также и мужчины и женщины оценивают качество своей жизни как среднее (удовлетворительное). Среди городского населения, как среди мужчин, так и среди женщин несколько выше доля тех, кто оценивает качество жизни как хорошее, но практически такая же доля тех, кто не удовлетворен своей жизнью и оценивают ее качество как плохое или очень плохое. Как и по многим другим вопросам самооценки женщин несколько ниже, чем мужчин: доля лиц с хорошими оценками качества жизни среди них ниже, а доля плохих и очень плохих более высокая.

Пациенты с различными заболеваниями демонстрируют более низкую долю удовлетворенности жизнью по сравнению со всем населением. Также среди них значительно выше доля респондентов, которые сообщили о неудовлетворенности, плохом и очень плохом качестве своей жизни. Особенно велика эта доля среди пациентов с инсультом, где каждая третья женщина и четверть мужчин отметили неудовлетворенность качеством своей жизни; с депрессией – 26,8% среди мужчин и 28,8% среди женщин, в других группах заболеваний – 13-17%.

Таким образом, наличие какого-либо заболевания понижает самооценку качества жизни пациентов. Но также значительна доля тех, кто, страдая от какого-либо заболевания, тем не менее, удовлетворены своей жизнью, по-видимому, используя необходимые лекарства для коррекции заболеваний и симптомов.

Основные параметры оценки качества жизни зависят от возраста. Отрицательные оценки увеличиваются с возрастом и 25-36,4% респондентов в возрасте 80 лет и старше оценивают качество своей жизни как плохое и очень плохое (среди страдающих депрессией и астмой - более чем в 50% случаев), в то время как в более молодых возрастных группах наиболее низкая доля отрицательных ответов, как правило, отмечалась среди пациентов с инсультом (таблица 1).

Таблица 1

Доля респондентов с различными заболеваниями, оценивающих качество своей жизни как плохое и очень плохое (%)

Заболевания	Возрастные группы (лет)			
	50-59	60-69	70-79	80+
Катаракта	15,5	20,4	22,7	27,2
Гипертоническая болезнь	11,6	13,4	19,3	27,4
Стенокардия	12,4	15,7	19,8	34,5
Инсульт	35,1	23,3	30,0	34,1
Диабет	9,5	17,9	23,6	25,0
Депрессия	17,3	22,2	36,0	54,5
Хроническое легочное заболевание	14,5	14,9	23,4	31,3
Бронхиальная астма	12,5	15,0	23,1	50,0
Болезни суставов	11,8	16,3	22,7	36,4

Респонденты с различными заболеваниями чаще, чем население в среднем, отмечают, что в течение дня у них недостаточно или совсем нет энергии для повседневной жизни

(в возрастной группе 70-79 лет около 30%, в возрастной группе 80 лет и старше - около 40% ответов), в то время как среди молодых респондентов только 11-14% дают такие ответы, кроме страдающих гипертонической болезнью (3,7%) и стенокардией (6,7%). Эти два заболевания, возможно, могут сопровождаться такими симптомами с точки зрения пациентов, которые не ограничивают их активность в этом возрасте. Это особенная опасность данных заболеваний.

Основной проблемой для респондентов с различными заболеваниями является недостаток денег, чтобы удовлетворить их потребности: около половины и более таких людей были недовольны своим финансовым положением в молодом возрасте (18-49 лет) и около 30-40% в более пожилых возрастах, кроме возрастной группы 80 лет и старше, где эта доля несколько ниже (22-35%).

Значительная часть больных людей демонстрируют неудовлетворенность условиями проживания, особенно в возрастной группе 18-49 лет, где 20-28,6% (среди респондентов с болезнями суставов – 34,1%), среди более старших возрастных групп – 15-20%. Кроме пациентов с депрессией, которые показывают наиболее низкие оценки.

Когда больные люди оценивают все параметры качества жизни в комплексе, они отмечают, что они не удовлетворены собой (несчастливы) – эта часть составляет 13-18% в возрастной группе 18-49 лет и 24-35% в возрасте 80 лет и старше.

Главными условиями жизни являются материальное благополучие и жилищные условия. В исследовании 29,5% респондентов, которые удовлетворены и полностью удовлетворены своими условиями проживания и которые считают, что у них достаточно (полностью или в основном) денег, чтобы удовлетворять свои потребности, и наоборот – 6,3% людей отмечают неудовлетворенность условиями проживания, недостаточное количество средств, чтобы



удовлетворить свои потребности, 7,9% респондентов оценивают эти показатели как средние [3]. Итак, 56,3% респондентов дают разные комбинации оценок материального благополучия и условий проживания (рис. 1). Эти группы респондентов отличаются по своим оценкам здоровья в целом и по степени удовлетворенности своей жизнью (рис. 2).

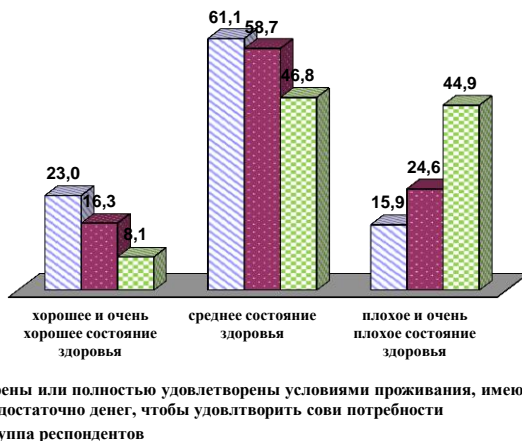


Рис.1. Оценка здоровья в различных группах населения, отличающихся по степени удовлетворенности материальным благосостоянием и жилищными условиями (%)

Доля респондентов, которые оценивают свое здоровье как хорошее и очень хорошее уменьшается почти в три раза, а доля лиц с плохими и очень плохими оценками здоровья почти в 3 раза увеличивается с ухудшением условий жизни. Отмечается увеличение в двадцать раз и более доли лиц, оценивающих качество своей жизни как плохое и очень плохое среди респондентов, принадлежащих к противоположным группам (рис. 2) - 2,2% среди лиц, удовлетворенных или полностью удовлетворенных жилищными условиями и материальным достатком, 48,0% среди тех, кто неудовлетворен или полностью неудовлетворен этими условиями.



Рис. 2. Оценка качества жизни в разных группах респондентов, отличающихся по степени удовлетворенности благосостоянием и жилищными условиями (%)

В первой группе с наилучшими условиями проживания большинство респондентов (83,6%) удовлетворены и полностью удовлетворены своей жизнью, оценивают качество жизни как хорошее и очень хорошее, в то время как среди неудовлетворенных доля таких лиц составляет только 10% (9,5%). Таким образом, оценка качества жизни сильно связана одновременно и со здоровьем и со степенью удовлетворенности жизнью.

Доля респондентов, которые полностью удовлетворены и удовлетворены своей жизнью уменьшается с увеличением возраста, как среди мужчин, так и среди женщин. Доля лиц, удовлетворенных жизнью, выше среди работающих во всех

возрастных группах, чем среди тех, кто не работает в том же возрасте (например, 60-69 лет) и получает пенсию.

### **Выводы**

Качество жизни – один из индикаторов состояния здоровья, который должен регулярно оцениваться в ходе опросов о состоянии здоровья населения.

Учитывая, что одним из важнейших аспектов качества жизни людей является сохранение их здоровья и жизни, при проведении регулярного отслеживания субъективного восприятия качества жизни, необходимо дифференцированно оценивать различные характеристики состояния здоровья, в том числе и для проведения медицинской коррекции заболеваний в условиях массовой медицинской практики.

### **Литература**

1. WHOQOL GROUP (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. 41: 1403-1409.
2. Nosikov A., Gudex C. EUROHIS: developing common instruments for health surveys. World health organization, 2003.
3. Maximova T.M., Belov V.B., Lushkina N.P., Karpova V.M. Study on global AGEing and adult health (SAGE), Wave 1. Russian Federation. National Report. World Health Organization, 2014.